

Грицюк Андрей Анатольевич, доктор медицинских наук, заведующий отделением травматологии-ортопедии, ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, 119991, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, тел.: 8-916-614-76-66, e-mail: drgritsyuk@gmail.com.

Серeda Андрей Анатольевич, кандидат медицинских наук, врач травматолог-ортопед, ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, 119991, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 6, стр. 1, тел.: 8-926-555-06-46, e-mail: drsereda@gmail.com.

Столяров Алексей Александрович, кандидат медицинских наук, врач травматолог ортопед ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, 105209, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, тел.: 8-926-979-13-25, e-mail: drstolyarov@gmail.com.

УДК 616.348-07-08

© А.Я. Ильканич, В.В. Дарвин, Д.С. Лобанов, Н.В. Климова, 2012

А.Я. Ильканич¹, В.В. Дарвин¹, Д.С. Лобанов², Н.В. Климова¹

АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

¹Медицинский институт ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры», г. Сургут

²БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская ОКБ», г. Сургут

Многообразие методов инструментальной диагностики приводит к нерациональному их использованию, что удлиняет диагностический этап и способствует увеличению числа осложнений. Целью работы является оценка эффективности разработанных алгоритмов диагностики осложнений заболеваний ободочной кишки. Показано, что внедрение алгоритмов позволило сократить объем и сроки предоперационного обследования, при этом среднее количество инструментальных методик, проводимых одному больному, в анализируемых группах составило $5,3 \pm 0,2$. Длительность диагностического этапа сократилась до 95 ± 15 мин. Сокращение сроков обследования произошло за счет исключения малоинформативных технологий. Соблюдение четкой последовательности диагностического маршрута позволило скорректировать временные затраты на выполнение применяемых методов исследования.

Ключевые слова: ободочная кишка, алгоритм диагностики.

A.Ya. Ilkanich, V.V. Darvin, D.S. Lobanov, N.V. Klimova

THE ALGORITHM OF TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF COLON DISEASES

The variety of methods of tool diagnostics resulted in their irrational use the extension of diagnostic stage and promoted increase of complications. The purpose of work was to estimate efficiency of the developed algorithms of diagnostics of complications of colon diseases. It was shown that introduction of algorithms allowed to reduce volume and terms of preoperative inspection, thus the average amount of tool techniques spent to one patient in analyzed groups was $5,3 \pm 0,2$. Duration of diagnostic stage reduced to 95 ± 15 minutes. Reduction of terms of inspection took place due to exception malinformative technologies. Observance of precise sequence of diagnostic route allowed to correct time expenses for performance of used methods of research.

Key words: colon, algorithm of diagnostics.

Введение. В последние годы арсенал методов диагностики экстренных хирургических состояний значительно увеличился, но их нерациональное использование приводит в ряде случаев к необоснованному удлинению этапа диагностики, способствует тактическим ошибкам, что, в свою очередь, ухудшает прогноз лечения. Четкая последовательность проведения исследований не только важна для решения диагностической задачи, но и предполагает наименьшие экономические и

временные затраты [1, 3, 5]. Одним из направлений, гарантирующих оптимальное сочетание диагностических методов, примененных у конкретного пациента, является формирование клинικο-диагностических алгоритмов, разработка которых обеспечивает снижение осложнений и неблагоприятных исходов [2, 4].

Цель: разработать и оценить эффективность алгоритмов диагностики и лечения осложнений заболеваний ободочной кишки.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 295 больных с осложненными формами заболеваний ободочной кишки, пролеченных на базе хирургического отделения Сургутской окружной клинической больницы в период 2000–2010 гг., при лечении которых пользовались разработанными и внедренными в клиническую практику диагностическими алгоритмами (рис. 1, 2, 3).

В анализируемой группе с осложнениями обструктивных заболеваний было 115 (39,0 %) больных: с острой obtурационной толстокишечной непроходимостью на фоне рака – 101 (34,2 %) человек; со стенозом толстокишечного анастомоза – 4 (1,4 %) человека; с острой спаечной толстокишечной непроходимостью – 6 (2,0 %) человек; инвагинационной толстокишечной непроходимостью – 2 (0,7 %) человека; идиопатическим мегаколоном – 2 (0,7 %) человека. С осложнениями доброкачественных заболеваний ободочной кишки 162 (54,9 %): с заворотом долихосигмы – 13 (4,4 %) человек; с дивертикулитом – 35 (11,9 %) человек; с перфорацией дивертикула – 18 (6,1 %) человек; с толстокишечным кровотечением из полипа – 16 (5,4 %) человек, из дивертикула – 13 (4,4 %) человек; с некрозом жирового подвеса – 23 (7,8 %) человек; со стриктурой сигмовидной кишки, осложненной перфорацией – 5 (1,7 %) человек; острым мезентериальным тромбозом – 39 (13,2 %) человек. С осложнениями воспалительных заболеваний ободочной кишки (язвенный колит, болезнь Крона) – 18 (6,1 %) больных: с острой кишечной непроходимостью – 5 (1,7 %) человек; с перфорацией – 9 (3,1 %) человек; с токсической дилатацией – 1 (0,3 %) пациент; с кровотечением – 3 (1,0 %) человека. В анализируемой группе хирургическому вмешательству были подвергнуты – 226 (76,6 %) человек, пролечено консервативно 69 (23,4 %) человека.

Для оценки эффективности разработанных алгоритмов проведен расчет числа исследований, позволивших определить оптимальную тактику лечения и временные затраты для выполнения лечебных мероприятий.

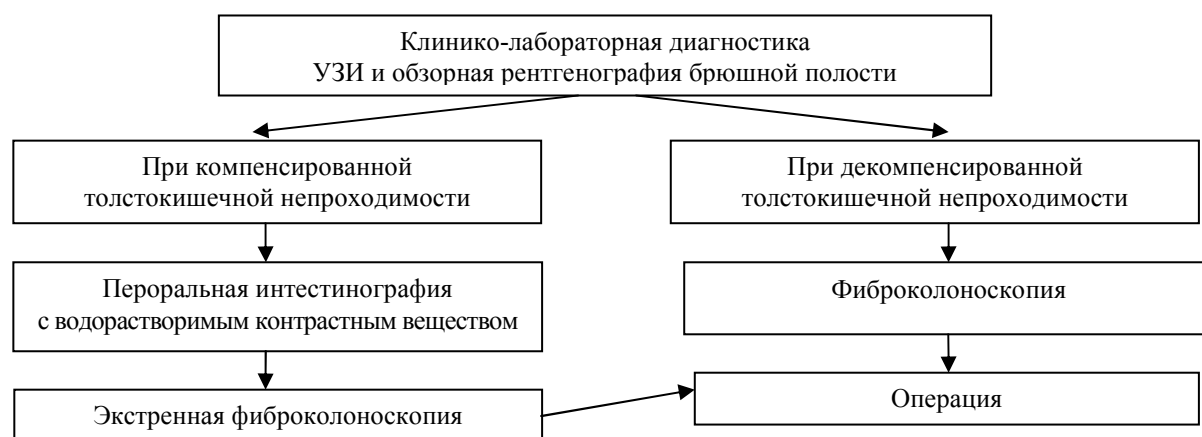


Рис. 1. Алгоритм обследования больных с осложнениями обструктивных заболеваний ободочной кишки

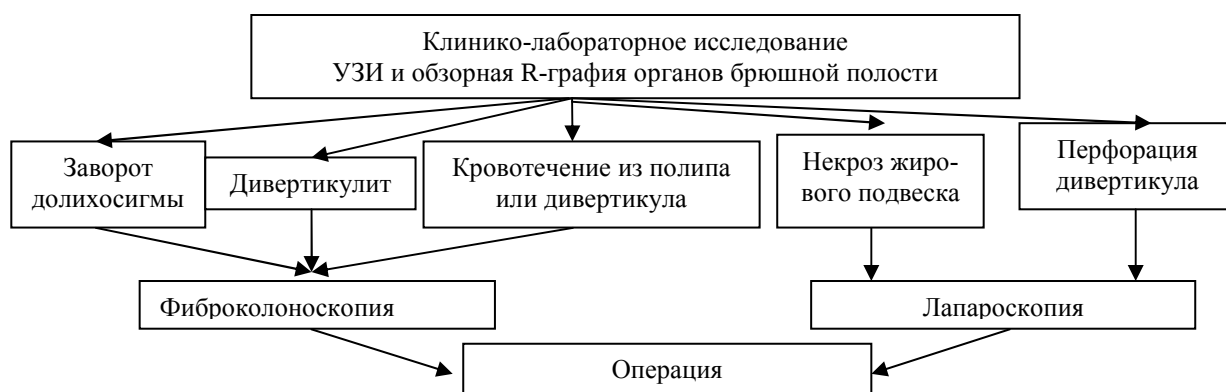


Рис. 2. Алгоритм диагностики при осложнениях доброкачественных заболеваний ободочной кишки

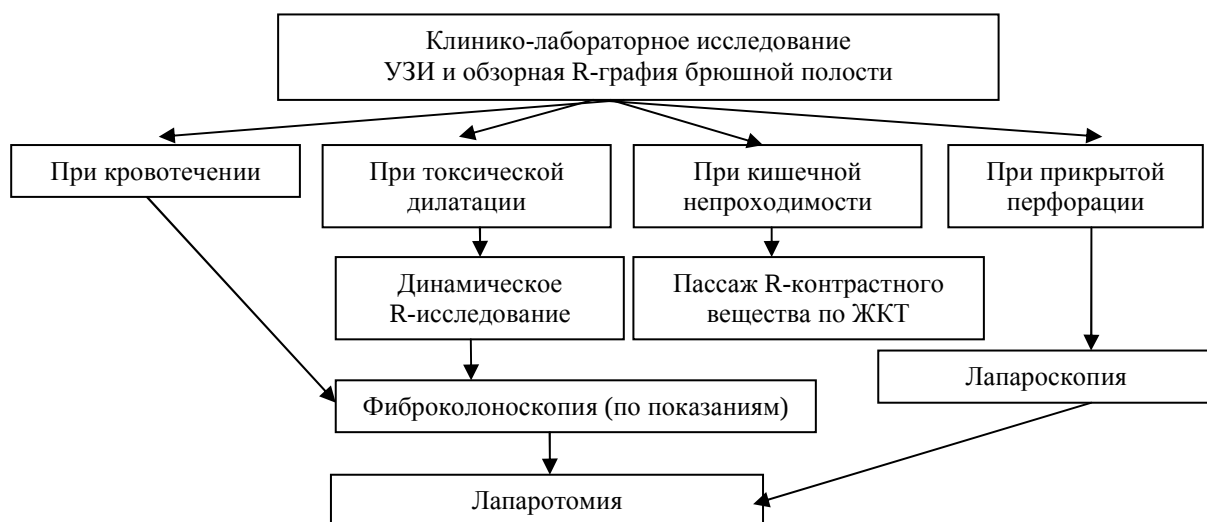


Рис. 3. Алгоритм обследования больных с осложнениями воспалительных заболеваний ободочной кишки

Результаты исследования. Из 115 больных с осложнениями обструктивных заболеваний ободочной кишки оперировано – 109 (94,8 %) человек, пролечено консервативно – 6 (5,2 %) человек. По поводу острой obturatorной толстокишечной непроходимости хирургическое вмешательство выполнено 99 (33,6 %) больным. Выполнение первично-восстановительных операций было возможным у больных, у которых непроходимость удалось разрешить консервативными мероприятиями, в том числе, если при ФКС удалось провести через место obtурации дренажную трубку. Опухоль слепой кишки обнаружена у 4 (1,4 %) больных, восходящей ободочной кишки – у 2 (0,7 %) человек, печеночного угла – у 5 (1,7 %) человек, поперечноободочной кишки – у 5 (1,7 %) человек, селезеночного угла – у 12 (4,1 %) человек, нисходящей кишки – у 18 (6,1 %) человек, сигмовидной – у 43 (14,6 %) человек, ректосигмоидного перехода – у 7 (2,4 %) человек. Первичный синхронный рак обнаружен у 3 (1,0 %) пациентов. Со стенозом толстокишечного анастомоза оперировано 4 (1,4 %) человека, с инвагинационной толстокишечной непроходимостью – 2 (0,7 %) больных.

В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 14 (12,2 %) больных: нагноения послеоперационной раны – у 8 (7,0 %) человек, параколотомические нагноения – у 5 (4,3 %) человек, несостоятельность толстокишечного анастомоза – у 1 (0,9 %) пациента. Среднее пребывание в стационаре составило $16,7 \pm 4,6$ койко-дней. При этом при неосложненном течении послеоперационного периода средний койко-день составил $12,8 \pm 2,1$. Умерли 13 (13,1 %) больных.

В группе больных с осложнениями доброкачественных заболеваний ободочной кишки консервативно пролечено 57 (19,3 %) больных, оперировано – 105 (35,6 %) человек. В структуре послеоперационных осложнений доброкачественных заболеваний толстой кишки преобладали инфекционные осложнения области хирургического вмешательства – 4 пациента (3,8 %), у 3 больных (2,9 %) – ран-

няя спаечная кишечная непроходимость, и в 2 (1,9 %) наблюдениях – частичная несостоятельность кишечного анастомоза. Умерло 17 (10,5 %) больных с острым мезентериальным тромбозом.

Из 18 больных с хирургическими осложнениями воспалительных заболеваний толстой кишки пациентов оперировано по экстренным показаниям – 12 (66,7 %) человек. Летальность среди оперированных составила 2 (11,1 %) больных. Осложнений раннего послеоперационного периода 4 (22,2 %) человека: нагноение послеоперационной раны – 2 (11,1 %), параилеостомический абсцесс – 1 (5,5 %), нижнедолевая пневмония – 1 (5,5 %). Средний койко-день в группе больных с хирургическими осложнениями воспалительных заболеваний толстой кишки составил $43,6 \pm 11,8$ дня.

Обсуждение. Внедрение диагностических алгоритмов при неотложных состояниях у больных с осложнениями заболеваний ободочной кишки в клиническую практику Сургутской окружной клинической больницы позволило сократить объем и сроки предоперационного обследования.

Среднее количество инструментальных методик, проводимых одному больному, в анализируемых группах составило от 4 до 6, в то время как при ретроспективном анализе аналогичных экстренных ситуаций количество исследований составляло от 6 до 8 на одного больного. Разработанные и внедренные алгоритмы обследования и лечения больных с осложнениями заболеваний ободочной кишки позволили изменить длительность диагностического этапа до принятия окончательного решения о тактике ведения, сократив его до 95 ± 15 мин (при ретроспективном анализе 140 ± 20 мин). Статистически достоверных различий в группах сравнения не было обнаружено ($p \geq 0,05$), но выявлена тенденция к появлению статистически значимых различий. Сокращение сроков обследования произошло за счет исключения малоинформативных технологий. Соблюдение четкой последовательности диагностического маршрута позволило скорректировать временные затраты на выполнение применяемых методов исследования.

Вывод. Предложенные алгоритмы обеспечили четко отработанный маршрут и последовательность исследований, исключая ненужные и малоинформативные методики, что, в свою очередь, позволило верифицировать диагноз в более короткие сроки.

Список литературы

1. Воробей, А. В. Алгоритм обследования больных с энтеро- и колостомами / А. В. Воробей // Новости лучевой диагностики. – 2000. – № 1. – С. 4–7.
2. Портной, Л. М. Современная лучевая диагностика опухолей толстой кишки / Л. М. Портной, Г. А. Сташук // Медицинская визуализация. – 2000. – № 4. – С. 4–20.
3. Duval, H. The Association Française de Chirurgie (AFC) colorectal index : a reliable preoperative prognostic index in colorectal surgery / H. Duval, F. Dumont, E. Vibert et al. // Ann Chir. – 2006. Jan. – № 131 (1). – P. 34–38.
4. Gastinger, I. Evidence-based surgery in colon carcinoma / I. Gastinger, F. Marusch // Zentralbl. Chir. – 2007. Apr. – № 126 (4). – P. 283–288.
5. Lipton, M. J. Cost-effectiveness in radiology / M. J. Lipton, C. E. Metz // Eur. Radiol. – 2000. – Vol. 10. – P. 390–392.

Ильканич Андрей Яношевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа-Югры», Россия, 628412, ул. Энергетиков, д. 22, тел.: 8-922-652-73-04, e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Дарвин Владимир Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа-Югры», Россия, 628412, ул. Энергетиков, д. 22, тел.: (3462) 52-74-50, e-mail: dvv@mf.surgu.ru.

Лобанов Дмитрий Сергеевич, врач-хирург хирургического отделения БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская ОКБ», Россия, 628412, ул. Энергетиков, д. 14, тел.: (3462) 52-74-13, e-mail: lobanov.dmitrij@rambler.ru.

Климова Наталья Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Медицинского института ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа-Югры», Россия, 628412, ул. Энергетиков, д. 22, тел.: (3462) 52-74-50, e-mail: info@pr.surgu.ru.